

Relação entre visão referida e visão aferida na primeira avaliação oftalmológica

Relationship between self-reported vision and vision function measured in the first ophthalmologic evaluation

Heloísa Silva de Avó¹, Luís Antônio Gorla Marcomini²

RESUMO

Objetivo: Comparar a acuidade visual referida com a aferida no primeiro exame oftalmológico e correlacionar os achados com as variáveis: idade, gênero, escolaridade e nível de acuidade visual. **Métodos:** Foram levantadas fichas de pacientes atendidos em primeira consulta oftalmológica em uma clínica particular no período de um ano. Comparou-se a acuidade visual referida na história clínica com a obtida no exame oftalmológico. Para a tomada da acuidade visual utilizou-se a tabela de Snellen. Os dados foram tabulados em planilha Excel e submetidos à análise estatística. Adotou-se o nível de significância $p=0,05$. **Resultados:** Dos 300 pacientes avaliados, 66 (22%) apresentaram baixa visão (BV) ao exame oftalmológico; destes 46 (69,69%) referiram BV antes do exame e 20 (30,30%) não. Em relação ao gênero, não houve diferença estatística na presença ($p=0,78$) nem na percepção de BV ($p=0,30$). Todos os pacientes acima dos 75 anos tinham BV ($p<0,0001$); não houve diferença estatística significativa em relação à percepção de BV entre as faixas etárias ($p=0,166$). O nível de escolaridade não influenciou na presença de BV ($p=0,112$) e nem na percepção de BV ($p=0,945$). Com relação ao nível de acuidade visual, todos os pacientes com perda visual severa haviam se apercebido deste fato e referiram BV na anamnese. **Conclusão:** Não houve diferença estatística significativa quanto à presença nem a percepção de BV entre gênero e escolaridade. No entanto, houve diferença estatística na presença de BV em relação às faixas etárias e na percepção de BV em relação ao nível de acuidade visual.

Descritores: Baixa Visão; Grupos etários; Identidade de gênero; Escolaridade; Acuidade visual

ABSTRACT

Purpose: Compare self-reported vision with visual function measured in the first ophthalmologic evaluation and correlate the findings with the following variables: age, gender, educational status and visual acuity. **Methods:** Patients files treated in the first ophthalmologic evaluation at a private clinic were raised. Visual function measured at the appointment was carried out using the Snellen chart. Data has been tabulated in an Excel spreadsheet and subjected to statistical analysis (Fisher's Exact test) in order to verify the influence of the variables according to $p\text{-value}<0.05$. **Results:** Out of 300 patients evaluated, 66 (22%) had low vision (LV) at the first ophthalmologic evaluation, 46 (69.69%) of them had reported LV before the exam and 20 (30.30%) had not. There was no statistical difference in the presence ($p=0.78$) or in the perception of LV ($p=0.30$) in relation to gender. All patients over 75 years-old had LV, which was significant in relation to the different age groups ($p<0.0001$). There was no significant difference in relation to the perception of LV between age groups ($p=0.166$). **Conclusion:** Gender and educational status were not statistically significant. Age and visual acuity levels were significant according to the distribution of LV in those over 75 years-old and people with severe vision loss, respectively.

Keywords: Vision low; Age groups; Gender identity; Educational status; Visual acuity

¹ Curso de graduação em Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (SP), Brasil;

² Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos (SP), Brasil.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Recebido para publicação em 05/08/2015 - Aceito para publicação em 10/09/2015

INTRODUÇÃO

A maior parte das informações que recebemos do meio externo se dá por meio da visão. Desta forma, a integridade desse sentido é fundamental para a manutenção da vida e sua qualidade⁽¹⁾.

Existem quatro níveis de função visual de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) revisada em 2006: visão normal; deficiência moderada; deficiência severa e cegueira. Deficiências moderada e severa são agrupadas sob o termo “baixa visão”, que pode tanto abranger alterações da acuidade visual (AV) quanto do campo visual, ou ambos^(2,3).

A baixa visão (BV) constitui um problema de saúde pública mundial, pois a diminuição da AV leva ao comprometimento da qualidade de vida^(4,5). Além disso, vários artigos referem que a prevalência de pacientes com baixa visão tem aumentado significativamente, especialmente em idosos⁽⁶⁾.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que existem no mundo 285 milhões de pessoas com deficiência visual, das quais 39 milhões são cegas e 246 milhões têm BV⁽²⁾.

Encontramos na literatura poucos artigos que relacionam a qualidade da visão percebida pelo paciente com a acuidade visual aferida em consulta. Até onde sabemos nenhum desses artigos relaciona a acuidade visual efetivamente obtida na primeira consulta oftalmológica com a percepção de AV relatada pelo paciente. A importância de se fazer este estudo na primeira consulta oftalmológica é que os pacientes que já passaram por consultas oftalmológicas prévias tornam-se aptos a realizar o autoexame e, com isso, podem perceber com maior facilidade a baixa visão.

Laitinen et al. relacionaram os níveis de acuidade visual com a qualidade da visão reportada pelos pacientes. Obtiveram correlação moderada, mas estatisticamente significativa ($p < 0,0001$), em relação à qualidade da visão referida pelos pacientes com aquela encontrada na avaliação da acuidade visual. Pacientes com boa ou moderada acuidade visual para longe tiveram um nível de acuidade visual de 0,8 (20/25) ou melhor. A prevalência de deficiências visuais aumentou significativamente com a idade ($p < 0,001$), especialmente no grupo acima de 65 anos. Não houve diferença de gênero para acuidade visual para longe, mas o declínio da visão para perto foi significativamente mais comum em homens do que em mulheres.⁽⁷⁾

Um estudo realizado nos Estados Unidos da América avaliou 31.044 adultos, não institucionalizados, maiores de 18 anos e relacionou deficiências visuais autorrelatadas com doenças do olho. Foi encontrada uma prevalência de deficiência visual de 9,3%, incluindo 0,3% com cegueira. As doenças mais prevalentes foram catarata (8,6%), glaucoma (2%), degeneração macular (1,1%) e retinopatia diabética (0,7%)⁽⁸⁾.

Kim et al. fizeram um estudo na Coreia por mais de dez anos com o intuito de caracterizar e avaliar pacientes com baixa visão. Entre os participantes com idade entre 11 a 20 anos de idade (18,1%), a atrofia óptica (28,3%) foi a principal causa de baixa visão. Notaram ainda que o número de pacientes idosos com baixa visão está aumentando e a degeneração macular (relacionada à idade ou associada ao diabetes) está se tornando a principal causa de baixa visão nessa população ($p < 0,05$)⁽⁹⁾.

Em um trabalho realizado no Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) foi encontrada uma fraca correlação entre a qualidade visual autorrelatada e a medida da acuidade visual dos pacientes. Este trabalho foi

desenvolvido por meio de aplicação de questionários a pacientes atendidos no serviço de oftalmologia daquela instituição⁽⁹⁾.

Conforme relatado acima, o estudo realizado na UNIFESP encontrou fraca correlação entre a qualidade da visão autorrelatada e a aferida em consulta, mostrando que muitas vezes não é fácil para o paciente reconhecer a presença de sua baixa visão. Em nossa prática clínica temos nos deparado com casos em que o paciente chega ao consultório inconformado por ter sido “reprovado” no exame oftalmológico para revalidação da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), pois não acredita ser portador de baixa visão. Isto está de acordo com os resultados obtidos no trabalho da UNIFESP⁽⁹⁾.

Diante do exposto fica claro a importância dos exames oftalmológicos periódicos, tanto para diagnóstico precoce de doenças do sistema visual quanto para detecção de baixa visão.

Neste sentido, nos propusemos a realizar um estudo para verificar o nível de concordância entre a qualidade da visão percebida pelo paciente com a acuidade visual (sem correção óptica) aferida na primeira consulta oftalmológica, assim como se havia variação deste índice conforme as seguintes variáveis: idade, gênero, escolaridade e nível de acuidade visual.

MÉTODOS

Os pacientes atendidos em uma primeira consulta oftalmológica numa clínica particular na cidade de Araraquara, no período de 2 de janeiro de 2012 a 30 de dezembro de 2013, tiveram as fichas analisadas. Os dados referentes à idade, sexo, gênero, motivo da consulta, acuidade visual referida, medida da acuidade visual não corrigida, refração e patologias foram compilados em uma planilha Excel[®]. A medida da acuidade visual foi realizada utilizando-se a tabela de Snellen.

Em relação à escolaridade, se considerarmos o grau já concluído, excluíram pacientes com respostas incoerentes, que comprometiam a confiabilidade do teste de acuidade visual e os menores de sete anos de idade.

No estudo consideramos a acuidade do melhor olho (quadro 1).

Quadro 1

Níveis de acuidade visual segundo CID 10, 2006

Visão	Grau
Visão normal	$\geq 0,8$
Perda visual leve	$< 0,8$ a $\geq 0,3$
Perda visual moderada	$< 0,3$ a $\geq 0,1$
Perda visual severa (cegueira legal)	$< 0,1$

Todos os dados foram tabulados em planilha Excel e submetidos à análise estatística (teste Exato de Fischer). O nível de significância adotado foi de cinco por cento.

RESULTADOS

Dos 300 pacientes avaliados, 66 (22%) apresentaram baixa visão ao exame oftalmológico; destes, 46 (69,69%) referiam baixa visão antes do exame e 20 (30,30%) não. Curiosamente, houve 24 indivíduos (8%) com queixa de má visão ou visão embaçada e AV não corrigida $\geq 0,8$ em ambos os olhos, ou seja, visão normal.

Com relação ao gênero, dos 300 participantes, 130 (43%) eram do sexo masculino e 170 (57%) do sexo feminino (figura 1).

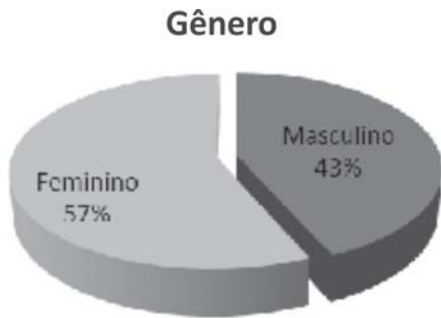


Figura 1: Distribuição da população da amostra por gênero

Entre os participantes com baixa visão, 30 (45,5%) eram do sexo masculino e 36 (54,5%) do sexo feminino. Não houve diferença estatística na presença de baixa visão entre homens e mulheres ($p=0,78$) (tabela 1).

Tabela 1

Distribuição dos pacientes em relação à presença de baixa visão no exame oftalmológico de acordo com o gênero

Gênero	Baixa visão		Total
	Não	Sim	
Masculino	100	30	130
Feminino	134	36	170
Total	234	66	300

Em relação à percepção de baixa visão, não houve diferença entre os gêneros ($p=0,06$). Dos trinta homens com baixa visão, 13 não perceberam e 17 perceberam que tinham baixa visão, antes da consulta oftalmológica. No caso das mulheres, 7 não perceberam e 29 perceberam (figura 2).

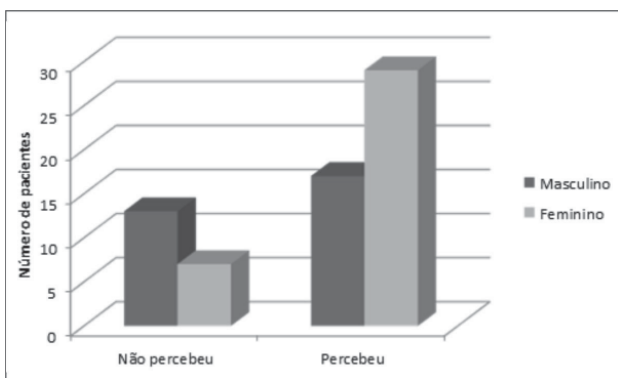


Figura 2: Distribuição dos pacientes por gênero em relação à percepção ou não de baixa visão

Todos os pacientes acima dos 75 anos tinham baixa visão e houve uma diferença estatisticamente significativa em relação às outras faixas etárias ($p<0,0001$). A distribuição de baixa visão por faixa etária pode ser observada na tabela abaixo (tabela 2).

Tabela 2

Distribuição dos pacientes em relação à presença de baixa visão no exame oftalmológico de acordo com a faixa etária

Faixa etária	Baixa visão		Total
	Não	Sim	
7 a \geq 25	78	27	105
>25 a \geq 50	110	16	126
>50 a \geq 75	46	10	56
< 75	0	13	13
Total	234	66	300

Entre os pacientes com baixa visão, quanto à percepção deste fato antes da consulta, tivemos, conforme a faixa etária os seguintes resultados: entre 7 a 24 anos, cinco não haviam percebido e 22 haviam percebido; entre 25 a 50 anos, cinco não haviam percebido e 11 haviam; entre 50 a 75 anos, 3 não haviam percebido e 7 haviam; e acima dos 75 anos, 7 não haviam percebido e 6 haviam. Não houve diferença estatisticamente significativa em relação à percepção de baixa visão entre as diferentes faixas etárias ($p=0,166$) (figura 3).

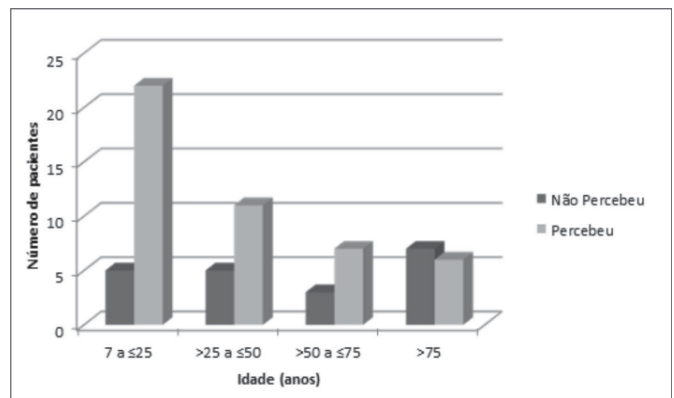


Figura 3: Distribuição dos pacientes por faixa etária em relação à percepção ou não de baixa visão

Não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,112$) em relação à distribuição de baixa visão de acordo com a escolaridade (tabela 3).

Tabela 3

Distribuição dos pacientes em relação à presença de baixa visão no exame oftalmológico de acordo com a escolaridade

Escolaridade	Baixa visão		Total
	Não	Sim	
Analfabeto	2	1	3
Alfabetizado	58	19	77
Fundamental I e II	70	28	98
Médio	83	15	98
Superior	21	3	24
Total	234	66	300

Surpreendentemente também não houve diferença estatística significativa em relação à percepção de baixa visão ($p=0,945$), considerando-se a escolaridade. De três pacientes analfabetos, um percebeu que tinha baixa visão antes da consulta oftalmológica e dois não. Entre os pacientes alfabetizados, 12

perceberam que tinham baixa visão e sete não perceberam. Entre aqueles com estudo fundamental, 20 perceberam e oito não perceberam que tinham baixa visão. Onze pacientes com ensino médio perceberam que tinham baixa visão e quatro não. Os pacientes com ensino superior completo, dois perceberam e um não percebeu (figura 4).

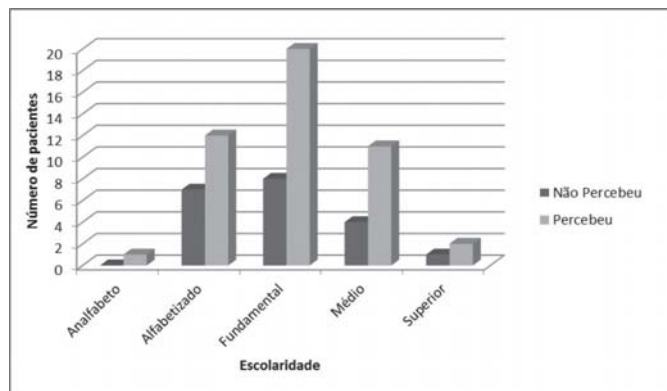


Figura 4: Distribuição dos pacientes em relação à percepção ou não de baixa visão de acordo com a escolaridade

Com relação ao nível da acuidade visual, embora não se tenha encontrado diferenças significativas entre as categorias, todos os pacientes com perda visual severa tinham se apercebido deste fato antes da consulta (tabela 4).

Tabela 4

Distribuição dos pacientes em relação à percepção de baixa visão previamente ao exame oftalmológico de acordo com o nível de acuidade visual

Visão	Percepção de baixa visão		Total
	Não	Sim	
Perda visual leve < 0,8 a ≥0,3	11	29	40
Perda visual moderada < 0,3 a ≥ 0,1	9	14	23
Perda visual severa < 0,1	0	3	3
Total	20	46	66

DISCUSSÃO

De acordo com nosso estudo, 78% dos pacientes possuíam visão normal ao exame oftalmológico. Estudo feito na Finlândia, por Laitinen et al., em uma população adulta de 6.663 indivíduos, obteve valor semelhante com 87,4% dos pacientes com visão normal. No estudo finlandês, dentre os pacientes com baixa visão, 0,5% eram cegos⁽⁷⁾. Em nosso estudo, 4,5% eram legalmente cegos (AV no melhor olho < 0,1) e todos eles referiram baixa visão antes do exame oftalmológico. Essa diferença percentual de pacientes cegos pode ser devido ao menor tamanho de nossa amostra, ao fato de a amostra ter sido obtida entre participantes que procuram atendimento oftalmológico e também às condições sócioeconômicas, uma vez que a Finlândia é um país desenvolvido e o Brasil, um país em desenvolvimento.

Em nosso estudo, a qualidade visual autorrelatada não apresentou correspondência direta com a medida da acuidade visual. Isto está de acordo com o estudo de Cinoto realizado em

2006 na cidade de São Paulo que comparou a qualidade da visão autorrelatada e AV em população idosa (806 indivíduos), acima de 60 anos. Entretanto, o estudo finlandês demonstrou correlação moderada, porém significativa entre a AV referida e a aferida em exame oftalmológico^(7,9). Resultados semelhantes entre o nosso trabalho e o de Cinoto e diferentes entre o nosso e o de Laitinen, talvez deva-se a similaridades (no primeiro caso) e diferenças (no segundo) inerentes a: tipos de amostragem, desenhos dos estudos e nível sócioeconômico das populações das quais se extraiu as amostras.

Estudo feito na Coréia do Sul com indivíduos de 5 a 90 anos obteve uma prevalência de BV maior em homens do que em mulheres⁽⁸⁾. Em nosso estudo, homens e mulheres foram igualmente afetados pela baixa visão (p=0,06). Talvez se tivesse uma amostra maior este resultado fosse diverso e quem sabe coincidente com o trabalho coreano

Com relação à escolaridade, os resultados foram, como já dissemos, surpreendentes. Não houve diferença estatística em relação à percepção de baixa visão de acordo com a escolaridade. Esperávamos que quanto maior fosse a escolaridade, maior seria a coincidência entre a visão referida e a aferida, mas isso não aconteceu. Talvez isto tenha ocorrido pelo fato da amostra conter poucos analfabetos (apenas três indivíduos). Em um estudo publicado por El-Gasim et al. na revista Ophthalmology, em 2012, obteve-se como resultado que pessoas de menor escolaridade tinham uma autopercepção mais discrepante em relação à realidade, tanto para os que enxergavam mal e diziam enxergar bem quanto para os que enxergavam bem e diziam enxergar mal⁽¹⁰⁾.

Em relação às faixas etárias, aproximadamente 90% dos indivíduos com comprometimento visual vivem em países em desenvolvimento e desses, 65% possuem 50 anos ou mais, de acordo com a OMS⁽²⁾. Ou seja, a acuidade visual diminui significativamente com a idade. Em nosso estudo, todos os pacientes acima dos 75 anos tinham baixa visão, ainda que não tenha havido diferença estatisticamente significativa entre este grupo e os de outras faixas etárias quanto à percepção da baixa visão. Tanto no estudo finlandês quanto no coreano o comprometimento da função visual mostrou-se mais intenso nos grupos de maior faixa etária. Um estudo inglês, publicado em 2005 na revista Family Practice por Iliffe et al. também concluiu que o comprometimento visual aumenta com a idade, especialmente > 65 anos⁽¹¹⁾. Entretanto, este estudo não notou nenhuma diferença em relação à prevalência de baixa visão em relação ao gênero e escolaridade^(7,8,11).

CONCLUSÃO

Os resultados do nosso estudo permitem concluir que não houve diferença estatística significativa na presença e nem na percepção de BV entre homens e mulheres. Todos os pacientes acima dos 75 anos tinham BV. No entanto, não houve diferença estatística significativa na percepção de BV entre as diferentes faixas etárias. Não houve diferença estatística significativa na distribuição de baixa visão de acordo com a escolaridade. Ao contrário do que imaginávamos, não houve diferença estatística significativa em relação à percepção de baixa visão, considerando-se a escolaridade. Com relação ao nível da acuidade visual, embora não se tenha encontrado diferenças estatísticas significativas entre as categorias, todos os pacientes com perda visual severa queixavam-se de baixa visão.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Universidade Federal de São Carlos pela oportunidade de realizar este trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Gayton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 12a ed. Rio de Janeiro: Saunders Elsevier; 2011.
2. World Health Organization. Visual impairment and blindness [Internet]. [cited 2015 Sept 7]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>
3. Machado A. Neuroanatomia funcional. 2a ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2000.
4. Ryskulova A, Turczyn K, Makuc DM, Cotch MF, Klein RJ, Janiszewski R. Self-reported age-related eye diseases and visual impairment in the United States: Results of the 2002 National Health Interview Survey. *Am J Public Health*. 2008;98(3):454–61.
5. Massof RW, Deremeik JT, Park WL, Grover LL. Self-reported importance and difficulty of driving in a low-vision clinic population. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2007;48(11):4955–62.
6. Stevens GA, White RA, Flaxman SR, Price H, Jonas JB, Keeffe J, et al. Global prevalence of vision impairment and blindness: Magnitude and temporal trends, 1990-2010. *Ophthalmology*. 2013;120(12):2377–84.
7. Laitinen A, Koskinen S, Härkänen T, Reunanen A, Laatikainen L, Aromaa A. A nationwide population-based survey on visual acuity, near vision, and self-reported visual function in the adult population in Finland. *Ophthalmology*. 2005;112(12):2227–37.
8. Kim JH, Joo KS, Moon NJ. Characteristics of 681 low vision patients in Korea. *J Korean Med Sci*. 2010; 25(8):1217-21.
9. Cinoto RW, Berezovsky A. Comparação entre qualidade de visão auto-relatada e acuidade visual em população idosa de baixa renda na cidade de São Paulo. *Arq Bras Oftalmol*. 2006;69(1):17–22.
10. El-Gasim M, Munoz B, West SK, Scott AW. Discrepancies in the concordance of self-reported vision status and visual acuity in the Salisbury eye evaluation study. *Ophthalmology*. 2012;29(6):997–1003.
11. Iliffe S, Kharicha K, Harari D, Swift C, Gillmann G, Stuck A. Self-reported visual function in healthy older people in Britain: an exploratory study of associations with age, sex, depression, education and income. *Fam Pract*. 2005;22(6):585–90.

Autor correspondente:

Heloísa Silva de Avó
Alameda das Pitangueiras, nº 97
Parque Faber São Carlos (SP), Brasil
E-mail: heloisa.avo@gmail.com